



วารสารอิเล็กทรอนิกส์
ทางการศึกษา

การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาวะของนักเรียน THE DEVELOPMENT OF HEALTH LITERACY TOOL FOR STUDENTS.

นางสาวอติติยา อินแก้ว *

Miss Atitiya Inkaew

รองศาสตราจารย์ ดร.ดวงกมล ไตรวิจิตรคุณ **

Assoc. Prof. Duangkamol Traiwichitkhun, Ph.D.

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ของความฉลาดทางสุขภาวะ 2) พัฒนาและตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาวะของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ผู้วิจัยเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ 10 ท่าน เครื่องมือที่ใช้คือ แบบสัมภาษณ์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา จากนั้นนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาสร้างเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาวะของนักเรียนระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น และนำไปตรวจสอบคุณภาพของแบบวัดด้านความตรงเชิงเนื้อหากับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 8 ท่าน ตรวจสอบคุณภาพด้านความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน ตรวจสอบค่าอำนาจจำแนกและความยากง่าย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลกับนักเรียนจำนวน 50 คน วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ดัชนีความสอดคล้อง (IOC) ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้ 1) ความฉลาดทางสุขภาวะประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 12 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึง ประกอบด้วย 2 ตัวบ่งชี้ คือ 1) การสืบค้นข้อมูลสุขภาพ และ 2) การเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ องค์ประกอบที่ 2 ความรู้ความเข้าใจ ประกอบด้วย 2 ตัวบ่งชี้ คือ 1) มีความรู้ข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน และ 2) การตีความข้อมูลสุขภาพ องค์ประกอบที่ 3 การประเมิน ประกอบด้วย 3 ตัวบ่งชี้ คือ 1) การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และ 3) การตัดสินใจใช้ข้อมูลสุขภาพ องค์ประกอบที่ 4 การนำความรู้ไปใช้ ประกอบด้วย 3 ตัวบ่งชี้ คือ 1) การวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี 2) การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และ 3) การปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น และองค์ประกอบที่ 5 การสื่อสาร ประกอบด้วย 2 ตัวบ่งชี้ คือ 1) การเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ และ 2) การรณรงค์ให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ 2) เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาวะของนักเรียนมีลักษณะเป็นแบบทดสอบ 15 ข้อ และแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ จำนวน 48 ข้อ เครื่องมือวัดฉลาดทางสุขภาวะของนักเรียนมีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับที่เหมาะสม (ค่า IOC อยู่ระหว่าง 0.50 – 1.000) ข้อคำถามของเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาวะของนักเรียนในแต่ละองค์ประกอบมีความสอดคล้องและสามารถวัดได้ในคุณลักษณะเดียวกัน Cronbach อยู่ระหว่าง 0.779 – 0.902 มีค่าอำนาจจำแนกและความยากง่ายในระดับที่เหมาะสม

* สาขาวิชาวิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail Address : dewy_atiti@hotmail.com

** อาจารย์ประจำสาขาวิชาวิธีวิทยาการวิจัยการศึกษา ภาควิชาวิจัยและจิตวิทยาการศึกษา

คณะครุศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

E-mail Address: duangkamol.t@chula.ac.th

ISSN 1905-4491

Abstract

This research aims 1) to study the components and indicators of health literacy, 2) to develop and validate a tool of health literacy for secondary school students. The data were collected by interviewing 10 experts have used the interview data were analyzed using content analysis. The data obtained from the interviews to develop a tool of health literacy for secondary school students. And to determine the quality of the content validity of this tool by 8 experts. The internal consistency reliabilities (Cronbach's α coefficients), discrimination indices and difficulty were investigated by 50 students.

The result showed that 1) the components of health literacy for secondary school consisted of five components twelve indicators; the first access indicator are 1) inquiry and 2) the selection of health information. Component 2 cognitive indicators are: 1) basic health knowledge and 2) the interpretation of health information. Component 3 assessment indicators are: 1) checking health information 2) health information analysis and 3) the decision to use health information. Component 4 apply of health information indicators are: 1) planning for good health 2) practices for good health and 3) change for good health. And Component 4 communication indicators are: 1) the dissemination of health information and 2) to campaign others for good health, 2) Tool for health literacy of the students was develop test 15, and rating scales the 5 levels with 48 items measuring health literacy of the students are content validity, the appropriate level (IOC is between 0.50 to 1.00), appropriate internal consistency reliabilities (Cronbach's α coefficients range from 0.779 to 0.902) and the discrimination and difficulty appropriate level.

คำสำคัญ: ตัวบ่งชี้ / ความฉลาดทางสุขภาพ

KEYWORDS: INDICATOR / HEALTH LITERACY

บทนำ

จากการประชุมระดับโลกครั้งที่ 7 ณ กรุงไนโรบี ประเทศเคนยา เรื่องการสร้างเสริมสุขภาพ วันที่ 26-30 ตุลาคม พ.ศ.2552 ได้ระบุถึงความสำคัญของความฉลาดทางสุขภาพหรือ Health literacy ในการส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพระดับบุคคล และการกระทำหรือการปฏิบัติตัวโดยรวมที่มีอิทธิพลต่อปัจจัยกำหนดสุขภาพ โดยมีจุดมุ่งเน้นใน 4 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การเพิ่มการเข้าถึงสารสนเทศสุขภาพผ่านเทคโนโลยีการสื่อสารและสารสนเทศ 2) การเพิ่มการใช้สารสนเทศสุขภาพผ่านกระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ 3) การเพิ่มการไหลของข้อมูลผ่านการประสานความร่วมมือของหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดำรงรักษาสุขภาพ 4) การพัฒนาการวัด/ประเมินระดับความฉลาดทางสุขภาพที่เหมาะสมรวมทั้ง การรายงานความก้าวหน้าในการพัฒนาระดับความฉลาดทางสุขภาพ โดยองค์การอนามัยโลกได้รณรงค์และประกาศเชิญชวนให้ประเทศสมาชิกมุ่งเน้นการพัฒนาและส่งเสริมให้ประชาชนมีความฉลาดทางสุขภาพเพื่อสร้างและพัฒนาขีดความสามารถในระดับบุคคลเพื่อการดำรงรักษาสุขภาพตนเองอย่างยั่งยืน (ขวัญเมือง แก้วดำเกิง, 2554)

ในระยะเริ่มต้นของการดำเนินการด้านความฉลาดทางสุขภาพ ความเคลื่อนไหวจำกัดวงอยู่ในระหว่างผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข แต่มีการศึกษาวิจัยจำนวนหนึ่งที่ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพของประชาชนนั้นจะปล่อยให้ป็นหน้าที่ของฝ่ายสาธารณสุขเพียงฝ่ายเดียวไม่เพียงพอและอาจไม่ทันการณ์ จึง

ควรจะเป็นกิจกรรมที่เกิดจากความร่วมมือของหลายๆ ฝ่าย โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากระบบการศึกษา ดังที่นักวิชาการต่างๆ ยอมรับว่าเป็นแนวคิดที่เหมาะสม และได้นำเสนอในการประชุมเกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพของประเทศสมาชิกองค์การอนามัยโลก ซึ่งความฉลาดทางสุขภาพ ประกอบด้วย 3 ส่วนหลักๆ คือ 1. ระบบสาธารณสุข 2. ระบบการศึกษา และ 3. ระบบวัฒนธรรมและสังคม ซึ่งผลลัพธ์ที่ได้ก็คือ ผลลัพธ์ทางสุขภาพและค่าใช้จ่าย

เมื่อเป็นหน้าที่ของหน่วยงานการศึกษาที่จะต้องพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพให้แก่ผู้ที่อยู่ในความรับผิดชอบ ในระยะแรก กระทรวงการศึกษาของประเทศต่างๆ ได้มุ่งความสนใจไปที่การเรียนการสอนวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา แต่พบปัญหาที่เหมือนกัน คือ ขาดแคลนผู้สอนทั้งด้านปริมาณและคุณภาพจำนวนชั่วโมงสอนที่กำหนดในหลักสูตรน้อย วิธีสอนยังเป็นการเน้นเนื้อหาเกี่ยวกับสุขภาพมากกว่าการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ สำหรับประเทศสหรัฐอเมริกาให้ความสำคัญต่อเรื่องสุขภาพของประชาชนอยู่ในลำดับต้นของนโยบายรัฐบาล ได้มีแนวปฏิบัติที่เริ่มตั้งแต่การกำหนดนโยบายสุขภาพประชาชนในแต่ละช่วงทศวรรษ มีการกำหนดมาตรฐานสุขศึกษาแห่งชาติ (National Health Education Standard) รวมทั้งองค์การการศึกษาในแต่ละรัฐนำนโยบายเรื่องสุขภาพขององค์การอนามัยโลกเข้าไปดำเนินการในโรงเรียน โดยเรียกว่า “โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ” (Health Promotion School) แต่หลังจากดำเนินการไปได้ระยะหนึ่งก็พบว่าแนวทางการปฏิบัติเป็นไปในด้านเนื้อหาสุขภาพมากกว่าความฉลาดทางสุขภาพ ซึ่งบางครั้งมีผลเพียงทำให้นักเรียนมีสุขภาพในช่วงเวลาที่อยู่ในโรงเรียน และมีผลกับตัวของนักเรียนโดยตรง นอกจากนี้การดำเนินกิจกรรมส่วนใหญ่จะอยู่ในโรงเรียนหรืออยู่ในฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของโรงเรียน ดังนั้นกระทรวงการศึกษาจึงเห็นว่าควรจะได้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงาน โดยพัฒนาโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพให้เป็นโครงการความร่วมมือด้านสุขภาพโรงเรียน (Coordinated School Health Program) โดยมีลักษณะที่สำคัญคือ ประการแรก มีการทำงานร่วมกันระหว่างฝ่ายต่างๆ ในโรงเรียน เพื่อมุ่งไปสู่ความฉลาดทางสุขภาพของผู้เรียนโดยไม่ได้ปล่อยให้เป็นการรับผิดชอบของผู้สอนวิชาสุขศึกษาและพลศึกษาเพียงฝ่ายเดียวเท่านั้น ประการที่สอง การเรียนการสอนทุกวิชาเชื่อมโยงกับการสร้างความฉลาดทางสุขภาพ และประการสุดท้ายคือ โรงเรียนทำงานร่วมกับภาคี เครือข่าย และชุมชนต่างๆ เพื่อให้สามารถจัดสิ่งแวดล้อมที่ดี รวมทั้งการเกื้อหนุนให้เด็กและเยาวชนได้เรียนรู้ทักษะสุขภาพจะอันนำไปสู่การมีความฉลาดทางสุขภาพอย่างยั่งยืนและมีการเชื่อมโยงการเรียนรู้ของเด็ก ครอบครัวและชุมชนอย่างต่อเนื่อง (สำนักส่งเสริมสุขภาพ, 2553)

สำหรับประเทศไทยกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเป็นหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข โดยพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ได้ให้ความหมายของ “สุขภาพ” ว่าหมายถึง “ภาวะของมนุษย์ที่สมบูรณ์ทั้งทางกาย ทางจิต ทางปัญญา และทางสังคม เชื่อมโยงกันเป็นองค์รวมอย่างสมดุล” และ ประเวศ วะสี ได้อธิบายเพิ่มเติมเกี่ยวกับคำว่า “สุขภาพ” โดยใช้คำว่าสุขภาพ 4 ด้าน คือ กาย จิต สังคม ปัญญา ทั้ง 4 ด้านเชื่อมโยงแบบบูรณาการ

จากพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 ดังกล่าว ทำให้มีธรรมนูญว่าด้วยระบบสุขภาพแห่งชาติ ที่กำหนดให้ระบบสุขภาพแห่งชาติเป็นเจตจำนงและพันธะร่วมกันของสังคมไทย เพื่อให้ทุกภาคส่วนใช้เป็นกรอบและแนวทางในการกำหนดนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศ จากผลการศึกษาวิจัยที่แสดงให้เห็นเด่นชัด 2 ประการ คือ การมีความสัมพันธ์ระหว่างสุขภาพที่ดีและผลการเรียนดี และการมีความรู้ความเข้าใจเรื่องสุขภาพของผู้ปกครองช่วยให้บุตรหลานมีสุขภาพที่ดี ทำให้กระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญของการส่งเสริมสุขภาพ โดยความร่วมมือกับโรงเรียนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในระดับการศึกษาขั้นพื้นฐาน ดังจะเห็นได้จากโครงการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพตามสุขบัญญัติแห่งชาติ ของกองสุขศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข และการดำเนินโครงการ “โรงเรียนส่งเสริมสุขภาพ”

ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ที่เริ่มต้นในปี พ.ศ. 2543 และสืบเนื่องมาจนถึงปัจจุบันที่มีโรงเรียนจำนวนหนึ่งได้รับการประเมินว่าเป็นโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพระดับเพชร อันถือได้ว่าเป็นการดำเนินการที่ประสบความสำเร็จในการสร้างเสริมสุขภาพในระบบการศึกษา ซึ่งเมื่อพิจารณาแนวทางการดำเนินงานมาตรฐาน และตัวชี้วัดของโครงการโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพแล้ว จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่เป็นการจัดสภาพแวดล้อม และการสร้างเสริมเนื้อหาความรู้เกี่ยวกับสุขภาพ มีกิจกรรมจำนวนไม่มากที่ส่งเสริมให้นักเรียนมีความฉลาดทางสุขภาพ

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ร่วมกับสำนักงานสภาการศึกษา (สกศ.) และมูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย ร่วมลงนามบันทึกข้อตกลงความร่วมมือดำเนินงาน “โครงการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาพ (Health Literacy) ของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ด้วยพลังเครือข่ายการศึกษา” ใน 100 โรงเรียนทั่วประเทศ การพัฒนาโครงการนี้จะใช้ระบบเครือข่ายหุ้นส่วนทางการศึกษา คือ 1. โรงเรียน จำนวน 100 แห่งทั่วประเทศ แบ่งเป็น 25 กลุ่มๆละ 4 แห่ง 2. ภาศหลัก คือบุคคล องค์กร ที่เกี่ยวข้องโดยตรงกับการศึกษาและการปกครองส่วนท้องถิ่น และ 3. ภาศยุทธศาสตร์ คือบุคคล องค์กรด้านสาธารณสุข และองค์กรภาครัฐในท้องถิ่น รวมทั้ง มีหน่วยขับเคลื่อนในพื้นที่เพื่อแนะนำด้านวิชาการและประสานงาน โดยดำเนินการ 3 ปี มีเป้าหมายว่า โรงเรียนจำนวน 100 แห่งที่เข้าร่วมโครงการได้พัฒนาขีดความสามารถในการเพิ่มระดับพฤติกรรมความฉลาดทางสุขภาพของเด็ก เยาวชน และครอบครัว และเพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย ที่องค์กรที่เกี่ยวข้องยอมรับและนำไปสู่ระบบได้ ซึ่งความฉลาดทางสุขภาพหมายถึงพฤติกรรมที่เป็นสมรรถนะของบุคคลที่จะเข้าถึง เข้าใจ ประเมิน ใช้ความรู้ และสื่อสารเกี่ยวกับสารสนเทศด้านสุขภาพตามต้องการ เพื่อสร้างเสริมและรักษาสุขภาพที่ดีตลอดชีวิต (มูลนิธิเพื่อการศึกษาไทย, 2553)

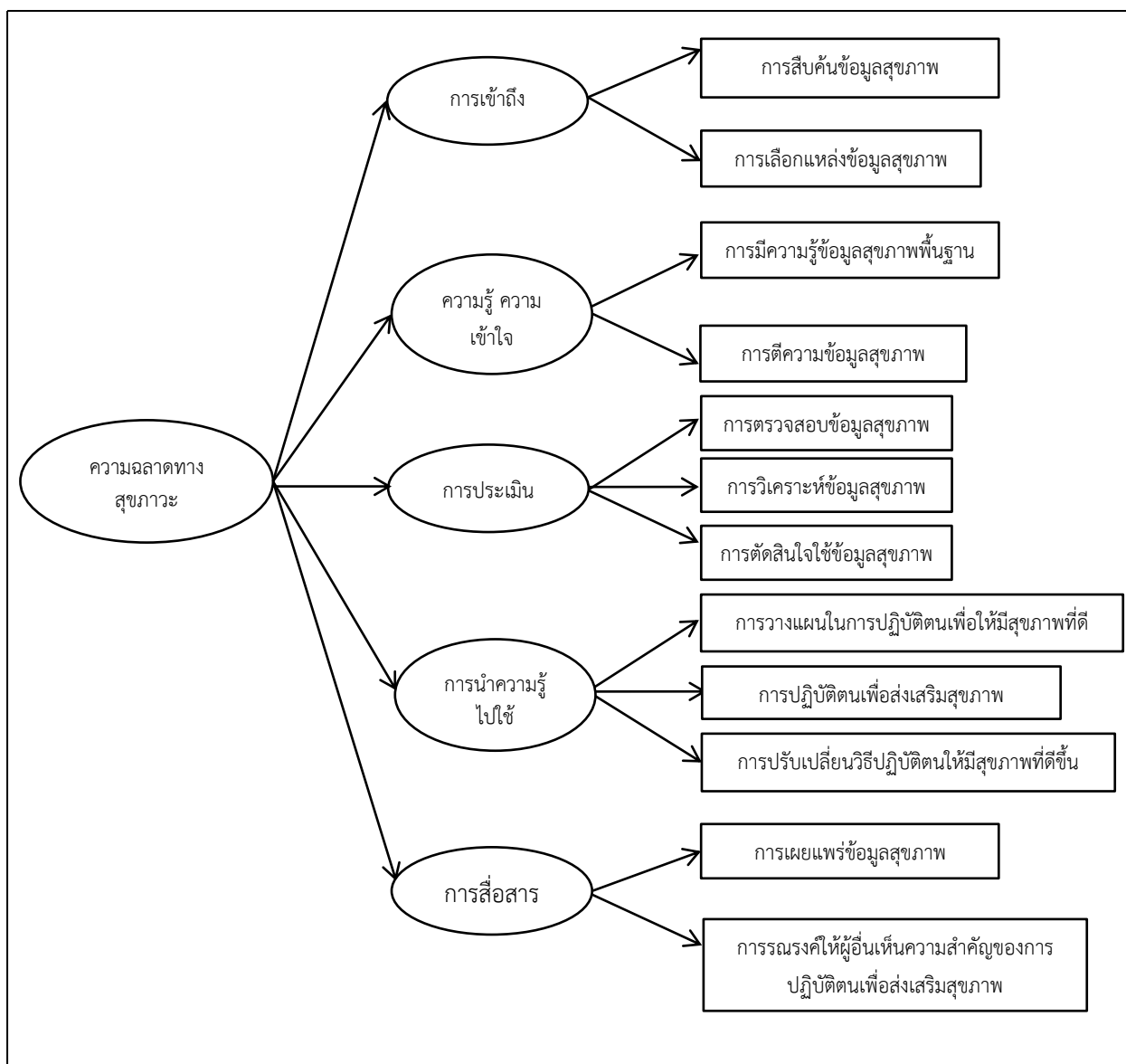
ด้วยเหตุนี้ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาองค์ประกอบและพัฒนาตัวบ่งชี้ความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียน โดยใช้การสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสาธารณสุข และนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาพัฒนาเป็นเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียน เพื่อที่จะเป็นข้อมูลสารสนเทศพื้นฐานและเป็นแนวทางในการพัฒนาให้นักเรียนเกิดความฉลาดทางสุขภาพต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ของความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียน
2. เพื่อพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียน

กรอบแนวคิดในการวิจัย

จากการศึกษาเอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสาธารณสุขศึกษานิเทศก์ ผู้บริหาร และครู ทั้งหมด 10 ท่าน สรุปได้ว่า องค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ 10 ตัวบ่งชี้ ได้แก่ องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึง ประกอบด้วย 2 ตัวบ่งชี้ คือ 1) การสืบค้นข้อมูลสุขภาพ และ 2) การเลือกแหล่งข้อมูลสุขภาพ องค์ประกอบที่ 2 ความรู้ความเข้าใจ ประกอบด้วย 2 ตัวบ่งชี้ คือ 1) มีความรู้ข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน และ 2) การตีความข้อมูลสุขภาพ องค์ประกอบที่ 3 การประเมิน ประกอบด้วย 3 ตัวบ่งชี้ คือ 1) การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ 2) การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ และ 3) การตัดสินใจใช้ข้อมูลสุขภาพ องค์ประกอบที่ 4 การนำความรู้ไปใช้ ประกอบด้วย 3 ตัวบ่งชี้ คือ 1) การวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อมีสุขภาพที่ดี 2) การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ และ 3) การปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น และองค์ประกอบที่ 5 การสื่อสาร ประกอบด้วย 2 ตัวบ่งชี้ คือ 1) การเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ และ 2) การรณรงค์ให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ



วิธีดำเนินการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 ศึกษาองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ของความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียน มีวิธีการดำเนินการดังนี้

1. การศึกษาและกำหนดองค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียน มีขั้นตอนการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด หลักการ จากนั้นนำข้อสรุปที่ได้จากการศึกษามาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลักในการสร้างกรอบแนวคิดเบื้องต้นสำหรับการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) การเข้าถึง 2) การเข้าใจ 3) การประเมิน 4) การใช้ข้อมูล และ 5) การสื่อสาร

2. การสัมภาษณ์ผู้เกี่ยวข้องเพื่อให้ได้รายละเอียดเกี่ยวกับตัวบ่งชี้ความฉลาดทางสุขภาพ โดยการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสาธารณสุข ศึกษานิเทศก์ ผู้บริหาร และครู ด้วยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 10 ท่าน โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกผู้ทรงคุณวุฒิ ดังต่อไปนี้

1. สำหรับนักวิชาการเป็นผู้ที่มีความรู้และความเชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข ได้แก่ เป็นผู้ที่มีปริญญาเอกสาขาสาธารณสุข หรือเป็นผู้ที่มีผลงานวิจัยด้านสาธารณสุข ที่ทำงานในด้านนี้มาแล้วไม่น้อยกว่า 5 ปี

2. สำหรับศึกษานิเทศก์ ผู้บริหาร และครู เป็นผู้ที่มีความเชี่ยวชาญ และได้รับรางวัลจากโครงการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาวะของเด็ก เยาวชน และครอบครัว ด้วยพลังเครือข่ายการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพในส่วนนี้ ผู้วิจัยใช้แบบสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และและความเชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข จำนวน 1 ฉบับ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ โดยใช้การสัมภาษณ์แบบไม่เป็นทางการ (informal interview) สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และและความเชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข 10 ท่าน เพื่อนำข้อสนับสนุนและคำแนะนำที่ได้มาใช้ในการคัดเลือกองค์ประกอบและตัวบ่งชี้ของความฉลาดทางสุขภาวะของนักเรียน

การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 1

ผู้วิจัยดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยการนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ตีความและจัดหมวดหมู่องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการพัฒนากกรอบแนวคิดในการวิจัย และสร้างเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณต่อไป

ขั้นตอนที่ 2 การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาวะของนักเรียน มีวิธีการดำเนินการดังนี้

1. สร้างเครื่องมือที่ใช้ในการวัดความฉลาดทางสุขภาวะ 1 ฉบับ โดยการนำข้อมูลที่ได้จากการสังเคราะห์เอกสาร งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความรู้ และและความเชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุข เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาวะมีทั้งหมด 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นแบบทดสอบจำนวน 15 ข้อ และแบบมาตรประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จำนวน 48 ข้อ

2. ตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ โดยการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (Item Objective Congruence: IOC) จากผู้เชี่ยวชาญทั้งหมด 7 ท่าน โดยพิจารณาความสอดคล้องและความเหมาะสมของข้อคำถามเป็นรายข้อกับนิยามเชิงปฏิบัติการ สำหรับผลการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา ศิริชัย กาญจนวาสี (2554) กำหนดว่าเกณฑ์ที่ใช้ในการตัดสินความตรงเชิงเนื้อหา คือ ค่าดัชนี IOC ที่คำนวณได้ต้องมากกว่า 0.50 ($IOC > 0.50$) จึงจะถือว่าข้อคำถามสอดคล้องกับจุดมุ่งหมาย

3. นำแบบสอบถามที่ปรับปรุงแก้ไขแล้วไปทดลองใช้ (try out) กับนักเรียนที่ไม่ใช่กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 50 คนเพื่อหาคุณภาพของเครื่องมือ

การวิเคราะห์ข้อมูลในขั้นตอนที่ 2

1. การวิเคราะห์คุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหา (Item Objective Congruence: IOC) ของแบบสอบถาม ด้วยค่าดัชนี IOC ซึ่งเป็นค่าเฉลี่ยที่ได้จากการตัดสินของผู้ทรงคุณวุฒิจำนวน 7 ท่าน ค่าดัชนี IOC ที่คำนวณได้ต้องมากกว่า 0.50 ($IOC > 0.50$) จึงจะถือว่าข้อคำถามสอดคล้องกับจุดมุ่งหมาย (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2554)

2. การวิเคราะห์ค่าความเที่ยงของเครื่องมือโดยนำผลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2554) กล่าวว่า เครื่องมือที่มีค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในมากกว่า 0.5 ขึ้นไปถือว่าใช้ได้

3. การวิเคราะห์ค่าอำนาจจำแนกและความยากง่ายของเครื่องมือ ซึ่งค่าอำนาจจำแนกที่ดีควรมีค่าระหว่าง +0.20 ขึ้นไปถึงค่าเข้าใกล้ +1 จะเป็นค่าอำนาจจำแนกที่ดีมาก (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2554)

4. การวิเคราะห์ค่าความยากง่ายของแบบทดสอบ ซึ่งค่าความยากง่ายที่ดีควรมีค่าระหว่าง 0.2 ถึง 0.8 (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2554)

ผลการวิจัย

ขั้นตอนที่ 1 การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยผู้วิจัยได้ศึกษาแนวคิด หลักการ จากนั้นนำข้อสรุปที่ได้จากการศึกษามาวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นองค์ประกอบหลัก

ตารางที่ 1 ตารางแสดงองค์ประกอบจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

องค์ประกอบ	WHO, 1998	AMA, 1999	IOM, 2004	Zarcadoolas, 2005	Rootman, 2008	Nutbeam, 2008	กองสุศึกษา, 2554	มูลนิธิเพื่อการศึกษาไทย, 2553	นฤมล ตรีเพชรศรีไกร, 2554	รวม
ทักษะการเข้าถึง	✓	✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	8
ทักษะการรับรู้	✓		✓							2
ความรู้ ความเข้าใจ									✓	1
ทักษะการเข้าใจ	✓	✓			✓	✓	✓	✓		6
การใช้ข้อมูล	✓	✓				✓				3
ทักษะด้านการอ่าน						✓				1
ทักษะการรู้เท่าทันสื่อ						✓	✓		✓	4
การแสวงหาข้อมูล					✓					1
การนำไปใช้								✓		1
การประเมินข้อมูล				✓				✓		2
ทักษะการสื่อสารข้อมูล					✓		✓	✓	✓	4
ทักษะทางสังคม						✓				1
ทักษะการตัดสินใจ							✓		✓	2
ทักษะการจัดการตนเอง							✓		✓	2
รวม	4	3	2	1	4	6	6	5	6	

ขั้นตอนที่ 2 การสังเคราะห์องค์ประกอบและตัวบ่งชี้จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทางด้านสาธารณสุข ศึกษานิเทศก์ ผู้บริหาร และครู ด้วยการเลือกตัวอย่างแบบเจาะจง สัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิทั้งหมด 10 ท่าน ได้ผลดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ตารางแสดงองค์ประกอบและตัวบ่งชี้จากการสัมภาษณ์ผู้ทรงคุณวุฒิ

องค์ประกอบ/ตัวบ่งชี้	ความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิ										รวม
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
การเข้าถึง											
การสืบค้นข้อมูลสุขภาพ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10
การเลือกแหล่งข้อมูล	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10
ความรู้ความเข้าใจ											
มีความรู้ข้อมูลสุขภาพพื้นฐาน	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10
การตีความข้อมูลสุขภาพ					✓	✓	✓	✓	✓	✓	6
การประเมิน											
การตรวจสอบข้อมูลสุขภาพ	✓	✓	✓			✓	✓	✓	✓	✓	8
การวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพ						✓	✓	✓	✓	✓	5
การตัดสินใจใช้ข้อมูลสุขภาพ	✓	✓	✓	✓		✓	✓			✓	7
การนำความรู้ไปใช้											
การวางแผนในการปฏิบัติตนเพื่อให้มีสุขภาพที่ดี		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
การปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ		✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	9
การปรับเปลี่ยนวิธีปฏิบัติตนให้มีสุขภาพที่ดีขึ้น		✓	✓		✓	✓	✓	✓	✓	✓	8
การสื่อสาร											
การเผยแพร่ข้อมูลสุขภาพ	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	10
การรณรงค์ให้ผู้อื่นเห็นความสำคัญของการปฏิบัติตนเพื่อส่งเสริมสุขภาพ		✓				✓	✓	✓	✓	✓	6

ขั้นตอนที่ 3 การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียน ผู้วิจัยได้สร้างและพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพมีทั้งหมด 2 ตอน ตอนที่ 1 เป็นแบบทดสอบจำนวน 15 ข้อ และแบบมาตราประมาณค่า 5 ระดับ (Rating Scale) จำนวน 48 ข้อ

ตัวอย่างเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพของนักเรียน (แบบทดสอบ)

1. สารอาหารประเภทใดให้พลังงานมากที่สุด
 - ก. โปรตีน
 - ข. คาร์โบไฮเดรต
 - ค. ไขมัน
 - ง. วิตามิน

2. จากตาราง ถ้านักเรียนกำลังอยู่ในช่วงควบคุมน้ำหนัก ควรเลือกรับประทานอาหารในข้อใด

อาหารและของหวาน	ปริมาณ	แคลอรี
ไอศกรีม	1 ถ้วย	250-270
เค้กช็อกโกแลต	125 กรัม	400-420
เค้กผลไม้	60 กรัม	105
น้ำซิงหรือชาสมุนไพร	1 ถ้วย	10-20
น้ำอัดลม	1 กระป๋อง	90-98
มันฝรั่งทอด	100 กรัม	470-520
สลัดไก่	1 จาน	90-100
ก๋วยเตี๋ยวเส้นหมี่ลูกชิ้นน้ำใส	1 ถ้วย	200-230
ขนมจีนน้ำยา	1 จาน	300-335
พิซซ่า	1 ชิ้น	160-200

- ขนมจีนน้ำยา 1 จาน เค้กช็อกโกแลต 125 กรัม
- พิซซ่า 2 ชิ้น น้ำเป๊ปซี่ 1 กระป๋อง
- ก๋วยเตี๋ยวเส้นหมี่ลูกชิ้นน้ำใส 1 ถ้วย น้ำซิง 1 ถ้วย
- สลัดไก่ 1 จาน ไอศกรีม 1 ถ้วย

ตารางที่ 3 ตัวอย่างของเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาวะของนักเรียนแบบมาตรฐานค่า

พฤติกรรม	1	2	3	4	5
องค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึง					
ฉันสามารถหาความรู้เกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพจากสื่อต่างๆได้ เช่น หนังสือพิมพ์ วิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต					
ฉันสามารถแยกแยะได้ว่าแหล่งข้อมูลใดมีความน่าเชื่อถือมากกว่ากัน					
องค์ประกอบที่ 3 การประเมิน					
ฉันมีการตรวจสอบข้อมูลสุขภาพโดยสืบค้นมาจากหลายๆแหล่ง					
ฉันนำข้อมูลสุขภาพจากสื่อต่างๆ ที่ได้รับมาเปรียบเทียบกับก่อนเสมอว่าข้อมูลสุขภาพใดถูกต้อง					
ฉันเลือกรับข้อมูลสุขภาพจากแหล่งที่น่าเชื่อถือเท่านั้น					
องค์ประกอบที่ 4 การนำความรู้ไปใช้					
ฉันวางแผนแบ่งเวลาสำหรับทำกิจกรรมเพื่อส่วนรวมเป็นประจำเพราะจะทำให้ฉันมีความสุข					
ฉันเข้าร่วมกิจกรรมต่างๆที่ช่วยส่งเสริมให้สุขภาพแข็งแรง					
ฉันปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตเพื่อให้สุขภาพกายและจิตดีขึ้น					
องค์ประกอบที่ 5 การสื่อสาร					
ฉันสามารถนำเสนอเรื่องราวเกี่ยวกับข้อมูลสุขภาพให้ผู้อื่นเข้าใจได้ตรงตามที่ต้องการ					
ฉันชักชวนเพื่อนๆให้ทำกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวกับการส่งเสริมสุขภาพอยู่เสมอ					

ขั้นตอนที่ 4 การหาคุณภาพของเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาวะ พบว่า พบว่ามีความตรงเชิงเนื้อหาในระดับที่เหมาะสม มีความเที่ยง มีค่าอำนาจจำแนกและค่าความยากง่ายในระดับที่เหมาะสม รายละเอียดแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหา ความเที่ยง ความยากง่ายและอำนาจจำแนก

องค์ประกอบ	ความตรงเชิงเนื้อหา	ความเที่ยง	ความยากง่าย	อำนาจจำแนก
การเข้าถึง	0.63-1.00	0.868	-	0.30-0.81
ความรู้ความเข้าใจ	0.50-1.00	0.779	0.28-0.78	0.29-0.89
การประเมิน	0.50-1.00	0.873	-	0.23-0.68
การนำความรู้ไปใช้	0.50-0.88	0.886	-	0.42-0.71
การสื่อสาร	0.88-1.00	0.902	-	0.51-0.72

อภิปรายผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาวะของนักเรียน พบว่า ความฉลาดทางสุขภาวะของนักเรียน ควรประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ซึ่งสอดคล้องกับ มูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย (2553) ที่กล่าวว่า องค์ประกอบของความฉลาดทางสุขภาวะของนักเรียนประกอบด้วย 5 องค์ประกอบ ที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งได้แก่ 1) การเข้าถึง 2) ความเข้าใจ 3) การประเมิน 4) การนำไปใช้ และ 5) การสื่อสาร แต่มีความแตกต่างในเรื่องของชื่อองค์ประกอบ

เครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาวะของนักเรียน แบ่งเป็น 2 ตอน คือ ตอนที่ 1 แบบทดสอบ มีจำนวน 15 ข้อ วัดในองค์ประกอบที่ 2 ความรู้ความเข้าใจ และตอนที่ 2 แบบมาตราประมาณค่า (Rating Scales) 5 ระดับ วัดในองค์ประกอบที่ 1 การเข้าถึง องค์ประกอบที่ 3 การประเมิน องค์ประกอบที่ 4 การนำความรู้ไปใช้ และ องค์ประกอบที่ 5 การสื่อสาร เมื่อนำเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาวะของนักเรียนไปตรวจสอบคุณภาพ พบว่า 1) ความตรงเชิงเนื้อหา (IOC) มีค่าอยู่ระหว่าง 0.50-1.00 โดยองค์ประกอบที่มีค่าความตรงเชิงเนื้อหามากที่สุด คือ องค์ประกอบที่ 5 การสื่อสาร 2) ความเที่ยงแบบสอดคล้องภายใน มีค่าอยู่ระหว่าง 0.779-0.902 ซึ่งค่าความเที่ยงอยู่ในเกณฑ์ดีคือ มากกว่า 0.5 (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2554) โดยองค์ประกอบที่มีค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในน้อยที่สุด คือ องค์ประกอบที่ 2 ความรู้ความเข้าใจ องค์ประกอบที่มีค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในมากที่สุด คือ องค์ประกอบที่ 5 การสื่อสาร ซึ่งสอดคล้องกับ กองสุศึกษา (2556) ที่กล่าวว่า ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องในด้านการหาเชื่อมั่น (KR-20) องค์ประกอบที่มีค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในมากที่สุด คือ องค์ประกอบด้านการสื่อสารเพิ่มความเชี่ยวชาญทางสุขภาพตามหลัก 3อ 2ส และองค์ประกอบที่มีค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในน้อยที่สุด คือ องค์ประกอบด้านความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้องตามหลักพฤติกรรม 3อ 2ส และสอดคล้องกับ นฤมล ตรีเพชรศรีไธโร (2554) ที่ได้ทำการวิจัยเกี่ยวกับการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 พบว่า องค์ประกอบด้านความรู้และความเข้าใจ มีค่าความเที่ยงแบบสอดคล้องภายในน้อยที่สุดเช่นกัน ซึ่งต้องมีการพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเพิ่มขึ้นต่อไป 3) ความยากง่ายของแบบทดสอบที่วัดในองค์ประกอบที่ 2 ความรู้ความเข้าใจ พบว่า มีค่าความยากง่าย อยู่ระหว่าง 0.28-0.78 ซึ่งมีค่าที่เหมาะสมของความยากง่าย ควรมีค่าอยู่ระหว่าง 0.20-0.80 (ศิริชัย กาญจนวาสี,

2554) และ 4) อำนาจจำแนก มีค่าอยู่ระหว่าง 0.23-0.89 ซึ่งมีค่าที่เหมาะสมของความอำนาจจำแนก ควรมีค่าอยู่ระหว่าง 0.20 ขึ้นไป (ศิริชัย กาญจนวาสี, 2554)

ข้อเสนอแนะ

1. จากผลการวิเคราะห์ความฉลาดทางสุขภาวะของนักเรียนในครั้งนี้ ทำให้ได้องค์ประกอบและตัวบ่งชี้ของความฉลาดทางสุขภาวะ 5 องค์ประกอบ 12 ตัวบ่งชี้ ซึ่งมีความเหมาะสมสำหรับผู้ที่เกี่ยวข้องและผู้ที่เกี่ยวข้องที่จะนำไปใช้เพื่อพัฒนาหรือวัดความฉลาดทางสุขภาวะของนักเรียน อันจะเป็นแนวทางในการพัฒนาในด้านนี้ต่อไป
2. การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือวิจัยที่พัฒนาขึ้นในงานวิจัยนี้ได้นำผลที่ได้มาวิเคราะห์ความเที่ยงแบบความสอดคล้องภายในตามสูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค และตรวจสอบคุณภาพด้านความตรงเชิงเนื้อหาของแบบสอบถาม ด้วยค่าดัชนี IOC ซึ่งในการวิจัยครั้งต่อไปผู้วิจัยจะนำเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นนี้ไปตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือโดยตรวจสอบความตรงเชิงโครงสร้าง (construct validity) ของแบบวัดโดยการวิเคราะห์องค์ประกอบเชิงยืนยัน
3. ในเรื่องของความฉลาดทางสุขภาวะ ยังมีประเด็นที่น่าสนใจศึกษาที่น่าจะศึกษาต่อไป คือ มีปัจจัยใดบ้างที่ส่งผลต่อความฉลาดทางสุขภาวะ โดยอาจใช้การวิเคราะห์โมเดลเชิงสาเหตุเพื่อให้เกิดการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาวะต่อไป

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2553). *ผลการสำรวจ Health Literacy ในกลุ่มเยาวชนอายุ 12-15 ปี*. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2556). *คู่มือประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพของคนไทยอายุ 15 ปีขึ้นไป ในการปฏิบัติตามหลัก 3อ 2ส*. นนทบุรี: กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- ขวัญเมือง แก้วดำเกิง. (2554). *ความฉลาดทางสุขภาพ*. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- นฤมล ตรีเพชรศรีอุไร. (2554). *การพัฒนาเครื่องมือวัดความฉลาดทางสุขภาพเกี่ยวกับโรคอ้วนของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปีที่ 3 (ระยะที่ 1)*. กองสุศึกษา กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- มูลนิธิเพื่อพัฒนาการศึกษาไทย. (2553). *แนวทางการพัฒนาความฉลาดทางสุขภาวะของเด็ก เยาวชนและครอบครัวด้วยพลังเครือข่ายการศึกษา*. สำนักงานเลขาธิการสภาการศึกษา. กรุงเทพมหานคร.
- ศิริชัย กาญจนวาสี. (2554). *ทฤษฎีการทดสอบแบบดั้งเดิม (พิมพ์ครั้งที่ 10)*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.

ส่งเสริมสุขภาพ, สำนัก, กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2553). *คู่มือการดำเนินงานโรงเรียนส่งเสริมสุขภาพสำหรับโรงเรียน (ฉบับปรับปรุง)*.

ภาษาอังกฤษ

World Health Organization (WHO). (1998). *Health Promotion*. WHO Publications.

Nutbeam, D. (2008). *Health Literacy as a public health goal: a challenge for contemporary Health education and communication strategies into health 21st century*. Health Promotion International. 15(8).

Ad Hoc Committee on Health Literacy for the Council on Scientific Affairs (AMA). (1999). *Health literacy: report of the council on scientific affairs*. J Am Med Assoc, 281(6), 552-557.

Institute of Medicine (IOM). (2004). *Health Literacy: A Prescription to End Confusion*. Retrieved from <http://www.iom.edu>

Rootman, I. (2008). *Executive summary, a vision for a health literate canada: Report of the Expert Panel on Health Literacy*. Ottawa: Canadian Public Health Association.

Zarcadoolas, C. (2005). *Understanding health literacy: an expanded model*. Health Promotion International. 20(2), 195-203.